Aus der Kinderabteilung des
Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt
Leitender Arzt: Priv.-Doz. Dr. med. habil. H. Metze

ÜBER DIE SITUATION TÜRKISCHER KINDER IM DEUTSCHEN KRANKENHAUS

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
vorgelegt von

Ismail Fikret Ç e r ç i
aus Istanbul

1981

Salzgitter, den 11. November 1980

Aus der Kinderabteilung des
Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt
Leitender Arzt: Priv.-Doz. Dr. med. habil. H. Metze

ÜBER DIE SITUATION TÜRKISCHER KINDER IM DEUTSCHEN KRANKENHAUS

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
vorgelegt von

Ismail Fikret Ç e r ç i
aus Istanbul

Salzgitter, den 11. November 1980

Referent:	Priv.-Doz. Dr. med. habil. H. Metze
Korreferent:	Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. J. Ströder
Dekan:	Prof. Dr. med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 2.2.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. EINLEITUNG	1
B. FRAGESTELLUNG	4
C. PATIENTENGUT	
1. Familienanamnese	
Herkunft der Eltern im Heimatland	5
Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland	5
Alter der Eltern	6
Ausbildungsstand der Eltern	6
Wohnsituation	8
2. Anamnestische Daten über die Kinder	
a) Allgemeines	9
b) Säuglingsernährung	13
c) Rachitisprophylaxe	15
d) Vorsorgeuntersuchung	17
e) Impfungen	19
f) Beschwerden	23
D. BEFUND	
1) Körpermaße	25
2) Erkrankungen	28
3) Verweildauer	32
4) Besuchshäufigkeit	32
5) Verhalten	33
E. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND VORSCHLÄGE	35
F. ZUSAMMENFASSUNG	40
G. LITERATURVERZEICHNIS	42
H. TABELLEN	47

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543520_0035

A. EINLEITUNG

Nach dem Stand vom 30. 9. 1978 leben in der Bundesrepublik Deutschland 3.981.100 Ausländer. Die zahlenmäßig größte Gruppe bilden hiervon die 1.165.200 türkischen Staatsbürger, davon sind 375.900 Kinder unter 15 Jahren.

Herkunftsland	männl.	weibl.	insgesamt	Anteil in %
Türkei	692.5	472.7	1.165.2	29,3
Jugoslavien	347.9	262.3	610.2	15,3
Italien	357.4	215.1	572.5	14,4
Griechenland	162.5	143.0	305.5	7,7
Spanien	109.9	79.1	189.0	4,7
sonstige	649.4	489.3	1.138.7	28,6
Ausländer insgesamt	2.319.6	1.661.5	3.981.1	100,0

Tab. 1: Übersicht von den zahlenmäßig stärksten Ausländergruppen in der BRD, Zahlenangaben in Tausend. (Stat. Jahrb. 1979)

Altersgruppe	insges.	Türk.	Jugos.	Ital.	Griech.	Span.
0 - 6 J.	393.4	178.7	61.1	53.1	30.7	15.6
6 - 10 J.	248.1	103.4	31.2	34.6	23.0	11.6
10 - 15 J.	245.8	93.8	21.7	38.6	25.4	13.7

Tab. 2: Einteilung nach Alter der Kinder, Zahlenangaben in Tausend. (Stat. Jahrb. 1979)

Die türkische Bevölkerungsgruppe hat in Deutschland auch die größte Geburtenrate mit durchschnittlich 4 hier geborenen Kindern (Höhn 1980). Diese Tatsache wirft zwangsläufig sozialpädiatrische Probleme auf, die sich nicht zuletzt im Bereich der stationären Versorgung in vielen pädiatrischen Abteilungen bemerkbar machen.

Von den 80.900 in Niedersachsen lebenden Türken wohnen in Salzgitter 6.332. Salzgitter hat insgesamt 116.605 Einwohner (Stand 1978). Davon sind 23.981 Kinder unter 16 Jahren (SZ in Zahlen, 1978). Der Anteil gleichaltriger türkischer Kinder beträgt 9,9 %.

Staatsangehörigkeit	Männer	Frauen	Kinder unter 16 J	insges.
Türkei	2.536	1.405	2.391	6.832
Italien	433	149	228	810
Jugoslavien	267	135	122	524
Tunesien	138	53	74	265
Griechenland	89	61	81	231
Spanien	64	38	32	134
Österreich	55	35	19	109
sonstige	423	278	147	848
Ausländer insgesamt	4.005	2.154	3.094	9.253

Tab. 3: Ausländer nach Staatsangehörigkeit u. Geschlecht in Salzgitter (Stat. Jahrb. 1978).

Diese Bevölkerungsstruktur ist deutlich sichtbar im Patientengut der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt. Die 77 Betten umfassende Abteilung ist durchschnittlich zu 22,5 % (1979) mit türkischen

Kindern belegt. Allerdings muß dabei berücksichtigt werden, daß das Einzugsgebiet nicht nur die Stadt Salzgitter mit Umgebung, sondern auch große Teile des Landkreises Goslar umfaßt.

Bei Gesamterfassung aller Kinder ergibt sich folgende Übersicht:

Anzahl der Patienten	: 1484	=	100,0 %
deutsche Kinder	: 1090	=	73,4 %
türkische Kinder	: 334	=	22,5 %
sonstige Kinder	: 60	=	4,1 %

Tab. 4: Belegung d. Kinderabt. des Städt. Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt im Jahre 1979.

Danach sind 85 % aller ausländischen Kinder türkischer Nationalität. In der ersten Hälfte des Jahres 1980 sind es sogar 95 %. Das sind 24,9 % aller Aufnahmen.

B. FRAGESTELLUNG

Im Zeitraum vom 5. 8. 79 - 13. 6. 80 führten wir eine Studie über 107 unserer kleinen türkischen Patienten durch. Anhand eines Fragebogens wurden die Eltern und die Kinderkrankenschwestern befragt und die Krankenblätter und zum Teil Vorsorgehefte und Impfpässe ausgewertet. Registriert wurden die Beschwerden und Erkrankungen, die zur Aufnahme führten, Ernährungszustand der Kinder, Anamnese, präventive Daten vor der Krankenhausaufnahme einschließlich Säuglingsernährung. Die Befragung der Kinderkrankenschwestern sollte Aufschluß über Auffälligkeiten während des stationären Aufenthaltes und eventuelle Verständigungsschwierigkeiten geben.

Zum Vergleich wurden die deutschen Kinder erfaßt, die während desselben Zeitraumes in unserer Klinik aufgenommen wurden. Es handelt sich hierbei um 491 Kinder aller Altersstufen mit Ausnahme der Kinder unter 14 Monaten. Auch die türkischen Kinder unter 14 Monaten wurden in dieser Statistik nicht berücksichtigt.

Ziel dieser Untersuchung soll es sein, die besondere Problematik des türkischen Kindes im deutschen Krankenhaus darzustellen, die Schwierigkeiten besser zu verstehen und aus allem Schlüsse für eine bessere Versorgung zu ziehen.

C. PATIENTENGUT

1. Familienanamnese

Herkunft der Eltern im Heimatland

Abb. 1: Herkunftorte der Familien aus der Türkei (N = 103)

74 Familien stammen aus Orten mit einer Einwohnerzahl von unter 100.000, davon 26 aus anatolischen Dörfern. 29 kamen aus größeren Städten. 4 Eltern machten keine Angaben.

Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland

Die Väter unserer kleinen türkischen Patienten befanden sich durchschnittlich 9,8 Jahre in Deutschland. Abgesehen von 10 Müttern, die seit etwa 6 Monaten hier sind, waren die restlichen 93 Mütter durchschnittlich seit 6,5 Jahren in diesem Land (1 Vater und eine Mutter waren Deutsche). Damit steht fest, daß die Mehrzahl der Eltern unserer Patienten schon viele Jahre in Deutschland leben.

Alter der Eltern

Etwa die Hälfte der Eltern waren 31 - 41 Jahre alt. Somit ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zu den deutschen Eltern.

Alter	Väter	Mütter
unter 20 J.	1	2
20 - 30 J.	7	42
31 - 40 J.	59	55
41 - 50 J.	36	8
über 51 J.	4	-

Tab. 5: Alter der Eltern

Ausbildungsstand der Eltern

Die Schulbildung der Mütter ist deutlich schlechter als die der Väter. Rund 37 % der Mütter hatten keinerlei Schulbildung.

Schulbesuch	Väter	Mütter
keinerlei Schulbildung	4	39
Grundschule abgebrochen	6	5
Grundschule (Pflicht)	87	53
Mittelschule	6	3
mehr als Mittelschule	1	-
keine Angaben	2	6

Tab. 6: Schulbildung der Eltern, N = 106. (1 Vater und 1 Mutter wurden als deutsche Staatsangeh. nicht berücksichtigt)

In der Türkei sind alle Kinder ab dem 7. Lebensjahr schulpflichtig. Nach fünfjähriger Grundschulausbildung kann auf freiwilliger Basis die dreijährige Mittelschule und anschließend das Gymnasium von ebenfalls drei Jahren Dauer besucht werden. Allerdings ist es auch heute noch so, daß viele Mädchen nicht zur Schule geschickt werden. Alte patriarchale Überlieferungen und Traditionen in vielen Familien spielen hierbei eine Rolle. Auch der Koran wird mit diesen althergebrachten Bräuchen in Einklang gebracht. Die Frau hat in erster Linie die Hausarbeit zu besorgen und Kinder zu gebären, die besonders in den ländlichen Gegenden eine Arbeitskraft und für später als Altersversorgung betrachtet werden. Der letztgenannte Grund erklärt, warum die männlichen Kinder bevorzugt werden. Die Jungen bleiben in der Dorfgemeinschaft auch nach der Heirat im Haushalt der Großfamilie, während die verheirateten Töchter zur Familie des Ehemannes gehören. Obwohl in der heutigen modernen Türkei diese Verhältnisse vielerorts nicht mehr zu finden sind, ändert sich die Mentalität der Bevölkerung vergleichsweise langsam.

Für die türkischen Gastarbeiter im Ausland führt außerdem die starke soziale Barriere gegenüber der einheimischen Bevölkerung zur Betonung ihrer nationalen und persönlichen Identität, wozu die besondere Pflege von Brauchtum, Familienbanden und traditionelle Verhaltensmuster gehört (Ansay, 1980). Der Mann genießt als Familienoberhaupt den Respekt und verfügt über das Geld. Eine zu große Schul- und Berufsausbildung könnten die untergeordnete Stellung der Frau in der Familie in Frage stellen. Diese fehlende Bildung verstärkt ihre Abhängigkeit vom Manne. Gerade in dieser Beziehung ist der Unterschied zu den meisten deutschen Frauen besonders deutlich.

In ihrer Heimat waren 20,6 % der Väter in der Landwirtschaft tätig, 83 % waren keine Fabrikarbeiter gewesen. In Deutschland dagegen sind diese Männer größtenteils als Arbeiter in den Industriebetrieben im Salzgittergebiet tätig, alleine bei der Salzgitter AG 60. Nur 13 der befragten Müt-

ter gaben eine Berufstätigkeit an, 88 waren Hausfrauen. Auch in der Berufstätigkeit spiegelt sich die Differenz zu deutschen Müttern wieder.

Wohnsituation

85 der Eltern waren in Salzgitter wohnhaft, 14 in Goslar, 8 in benachbarten Ortschaften. Die Angaben über die Wohnverhältnisse sind nur zum Teil statistisch zu beurteilen. 52 Eltern machten genaue Angaben über die Zimmerzahl. Danach stehen ca. 0,6 Zimmer pro Person zur Verfügung. Durchschnittlich leben in jeder Wohnung 5 Personen. 19 Befragte bezeichneten ihre Wohnung als zu klein, feuchte Wohnungen gaben 20 Familien an. 16 Familien haben als Nachbarn nur eigene Landsleute.

Die Wohnverhältnisse der türkischen Familien sind im Vergleich zu deutschen Familien schlechter. Dies trifft sowohl für die Größe der Wohnung als auch für die Qualität zu. Im Gegensatz zum übrigen Bundesgebiet leben in Salzgitter die türkischen Familien vielfach mit deutschen Familien zusammen. Dennoch läßt sich auch in Salzgitter beobachten, daß freiwerdende Wohnungen neben türkischen Familien oft von türkischen Landsleuten übernommen werden und somit entgegen der kommunalen Planung in verschiedenen Stadtteilen der Anteil der türkischen Bevölkerung stetig zunimmt.

2. Anamnestische Daten über die Kinder

a) Allgemeines

Alter	männl.	weibl.
1 - 2 J.	10	9
2 - 3 J.	8	8
3 - 6 J.	16	14
6 - 10 J.	15	12
über 10 J.	2	13
Gesamt	51	56

Tab. 7: Alter u. Geschlecht der in diese Studie aufgenommenen Kinder

Die Altersverteilung der türkischen Kinder entspricht weitgehend den deutschen Kindern.

Von unseren 107 türkischen Kindern waren 71 in der Bundesrepublik Deutschland, davon 57 in Salzgitter geboren. 36 Kinder kamen erst nach der Geburt nach Deutschland. Von den letztgenannten waren 6 weniger als 6 Monate hier, die restlichen 30 lebten durchschnittlich 3,8 Jahre hier, 5 davon mit Unterbrechung unabhängig vom Urlaub.

86,1 % der in der Türkei geborenen Kinder wurden zu Hause entbunden, während die Klinikgeburt mit 97,2 % bei den in Deutschland geborenen im Vordergrund steht.

Der Geburtsverlauf wurde bei 103 Kindern als normal bezeichnet. 2 Kinder waren durch Sectio entbunden. Bei zwei Entbindungen wurde jeweil ein Epiphysenriß und eine Nabelschnurblutung als Komplikation erwähnt. Da bei Hausgeburten in der Türkei offensichtlich das Geburtsgewicht nicht be-

stimmt werden konnte, fehlen diesbezügliche Angaben. Nur bei 27 Müttern konnte das genaue Geburtsgewicht durch Mutterpaß oder Vorsorgeheft kontrolliert werden. Danach liegt das durchschnittliche Geburtsgewicht bei 3171,85 g. Die restlichen Eltern machten lediglich Angaben aus dem Gedächtnis, nach diesen Aussagen hätten die Kinder bei der Geburt durchschnittlich 3500 g gewogen. Nur ein Kind hatte anamnestisch ein Geburtsgewicht unter 2500 g.

Beim Vergleich dieser Angaben mit deutschen Kindern fällt auf, daß die Kinder in der Türkei zu Hause geboren wurden, während die türkischen Mütter in Deutschland zur Entbindung wie hier üblich in die Klinik gehen. Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt im Bereich der Normverteilung. Die geschätzten Gewichtsangaben bei den Hausentbindungen sind statistisch nicht auszuwerten.

Bei 17 Familien registrierten wir anamnestisch insgesamt 33 verstorbene Kinder, das sind im Durchschnitt 1,94. Davon starben 7 Kinder im Neugeborenenalter, 15 im Säuglingsalter, 7 bei einem Unfall (Bei einer Familie waren 5 Kinder nach einem Unglücksfall verstorben).

Es fällt auf, daß bei der Familienanamnese relativ häufig angegeben wurde, daß Geschwister im Säuglingsalter verstorben sind. Wahrscheinlich sind diese in der Türkei verstorben, da die Säuglingssterblichkeit bei türkischen Säuglingen in Deutschland niedriger ist.

60 Kinder hatten sämtliche Geschwister in Deutschland, 5 hatten alle Geschwister in der Türkei, bei 19 waren sie teilweise hier und teilweise in der Heimat.

Die Anzahl der Geschwister und Reihenfolge zeigen folgende Tabellen:

Geschwister	Anzahl
Einzelkind	7
1	21
2	17
3	29
4	17
5	9
6	4
9	1
keine Angaben	2
Gesamt	107

Tab. 8: Anzahl der lebenden Geschwister

Patienten	Anzahl
1. Kind	21
2. Kind	24
3. Kind	20
4. Kind	22
5. Kind	8
6. Kind	4
7. Kind	4
8. Kind	1
9. Kind	1
keine Angaben	2

Tab. 9: Geschwisterfolge

Die türkischen Kinder haben im Durchschnitt mehr Geschwister als deutsche Kinder. Dies wird unter anderem auch darin deutlich, daß viermal 6. und viermal 7. Kinder unsere Patienten waren.

Von 34 Kindern zwischen 3 Jahren und beginnendem Schulalter besuchten 30 keinen Kindergarten. In dieser Beziehung zeichnet sich eine große Diskrepanz zwischen türkischen und deutschen Kindern ab. Die Mehrzahl der deutschen Kinder besucht vor der Schule den Kindergarten. Es müssen Überlegungen angestrengt werden, wie es möglich sein kann, auch die türkischen Kinder in den Kindergarten zu bringen. Hier haben sie Gelegenheit, sich spielend in eine Gemeinschaft mit deutschen Kindern einzufügen. Besonders wichtig und entscheidend ist, daß sie dort die deutsche Sprache erlernen und dann in der Schule weniger Schwierigkeiten haben. Diese Notwendigkeit wird von vielen Eltern der türkischen Gastar-

beiterkinder nicht erkannt. Sie haben Angst vor der Entfremdung der Kinder von der eigenen Kultur, außerdem sind meistens genügend Geschwister und Spielkameraden vorhanden. In der Türkei ist ohnehin wegen des geringen Angebotes an Kindergärten für den größten Teil der Bevölkerung ein Kindergartenbesuch nicht allgemein üblich.

Zur Schulsituation läßt sich sagen, daß sämtliche schulpflichtigen Kinder die hiesigen Schulen besuchten mit Ausnahme von zwei geistig retardierten Kindern, die vor der Einschulung standen und einem Kind, das zur Tagesbildungsstätte ging. Die türkischen Kinder gehen mit den deutschen Kindern zusammen zur Schule. Sie haben dabei einen Nachteil. Sie können zu Hause von ihren Müttern keine Hilfe bei den Hausarbeiten erhalten. Am ehesten sind es ältere Geschwister, die raten können. Diese kommen oft auch als Dolmetscher bei der Aufnahme von jüngeren Geschwistern mit in die Klinik.

Einen früheren Krankenhausaufenthalt hatten bereits 34 unserer kleinen türkischen Patienten hinter sich, 11 waren vorher schon zweimal stationär bei uns, 7 Kinder wurden öfter als zweimal behandelt. (10 Kinder wurden in der Neugeborenenperiode stationär betreut.) Daraus ist ersichtlich, daß türkische Kinder im Durchschnitt häufiger im Krankenhaus sind. Dieses wird durch die wiederholte stationäre Aufnahme der Kinder deutlich.

b) Säuglingsernährung

Die optimale Säuglingsernährung ist die Gabe von Muttermilch. Die Vorzüge dieser natürlichen Ernährung ist durch zahlreiche Arbeiten belegt. Trotz aller Fortschritte der Herstellung von Milchnahrungen bleibt die Muttermilch unerreicht. Das betrifft neben der chemischen Zusammensetzung auch die biologische und immunologische Wertigkeit (Metze 1980).

Das Stillen gewinnt in Deutschland wieder an Aktualität. Im Gegensatz zu dieser Entwicklung fiel uns bei der Anamneseerhebung auf, daß die türkischen Gastarbeiterfrauen nicht selten Industrienahrung bevorzugten.

Von den 107 in dieser Studie untersuchten türkischen Kindern aus dem Städtischen Krankenhaus Salzgitter-Lebenstedt wurden 76 über kürzere oder längere Zeit gestillt, das ergibt eine Stillfrequenz von 71,0 %.

Geburtsland	BRD	Türkei
gestillt	43	33
nicht gestillt	28	3
Gesamt	71	36
Stillfrequenz %	60,56	91,67

Tab. 10: Stillfrequenz nach Geburtsland

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß die in der Bundesrepublik Deutschland geborenen türkischen Säuglinge seltener gestillt werden als die in der Türkei. Diese Entwicklung spiegelt offensichtlich die falschen Vorstellungen über die Wertigkeit der Industrienahrung wieder.

Im Vergleich dazu beträgt die Stillfrequenz in Deutschland, nach einer Umfrage, die 1977 bei 641 Kliniken durchgeführt

wurde, zum Zeitpunkt der Klinikentlassung durchschnittlich 69,8 %, wobei 31 % der Mütter ihre Kinder voll stillten (Müller 1977). Nach einem Monat sind aber bereits 90 % abgestillt (Stolley et al. 1977). 3 Monate nach der Geburt wurden nur noch 6 % aller Säuglinge gestillt (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1975).

c) Rachitisprophylaxe

Alle Kinder, die in den 3 Krankenhäusern in Salzgitter geboren werden, werden von den Ärzten der Kinderabteilung betreut und untersucht. Bei der Neugeborenen-Basisuntersuchung U_2 werden die Mütter über die Rachitisprophylaxe aufgeklärt. Sie erhalten die 1. Packung eines Vitamin D-Präparates ausgehändigt. Wir empfehlen, mindestens für die Dauer eines Jahres eine protrahierte Rachitis- und Kariesprophylaxe mit 1000 I.E. Vitamin D_3 und 0,25 mg Natrium-Fluorid pro Tag. Allerdings erfordert diese Art der Prophylaxe die genaue Mitarbeit der Eltern, die leider in vielen Fällen bei den türkischen Eltern nicht funktioniert.

Bei den befragten Eltern haben 58 Kinder eine Rachitisprophylaxe bekommen, fast alle davon waren in Deutschland geboren. Allerdings können hier keine genauen Angaben über die Vollständigkeit und Dauer gemacht werden. Keinerlei Vitamin D-Gabe wurde bei 39 Kindern angegeben.

Rachitisprophylaxe	Gesamtanzahl	in BRD geb	in TR geb
ja	58 (54,3 %)	52	6
nein	39 (36,6 %)	17	22
keine Angaben	10 (9,3 %)	2	8
Gesamt	107 (100 %)	71	36

Tab. 11: Teilnahme bei der Rachitisprophylaxe

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß nur 73,2 % der in Deutschland geborenen türkischen Kinder Vitamin D bekommen haben.

Diese Situation gibt Anlaß dazu, die Art der Vitamin D-Prophylaxe zu diskutieren. Wenn die protrahierte Prophylaxe bei türkischen Kindern nicht praktikabel ist, sollte die

Einführung der Stoßprophylaxe bei türkischen Kindern erwogen werden. Neue Erkenntnisse über den Vitamin D-Stoffwechsel weisen darauf hin, daß der Organismus das Vitamin D speichert. Die Umwandlung in das stoffwechselaktive 1,25-$(OH)_2$-Cholecalciferol wird nicht alleine von der Größe des Vitamindepots, sondern in erster Linie vom Calciumstoffwechsel und -umsatz bestimmt. Die Vitamin D-Verträglichkeit hängt daher von der Intensität des Knochenwachstums ab, das in den ersten Lebensmonaten am größten ist (Burmeister 1980). Die früher in Deutschland gebräuchliche Stoßprophylaxe sollte daher für türkische Kinder erneut erwogen werden.

d) Vorsorgeuntersuchung

Seit 1971 gehört die Vorsorgeuntersuchung im Säuglings- und Kleinkindesalter zu den gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenversicherungen. Jedes Kind hat von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr Anrecht auf 8 kostenlose Früherkennungsuntersuchungen. Die türkischen Eltern nehmen diese Möglichkeit nur spärlich in Anspruch, wie aus der "Düsseldorfer Studie" von 1976 hervorgeht (Collatz et al. 1980). Danach bringen nur noch 10 % der türkischen Eltern ihre Kinder zur Vorsorgeuntersuchung U_5, bei den deutschen Eltern sind es hingegen noch 57 %.

Von den in unsere Studie aufgenommenen 107 türkischen Kindern waren 66 nach 1971 in Deutschland geboren und hatten deshalb die Möglichkeit, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

Vorsorgeuntersuchung	Anzahl der Kinder	%
teilgenommen	35	53,0
nicht teilgenommen	27	40,9
keine Angaben	4	6,1
Gesamt	66	100,0

Tab. 12: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen laut Erfragung (U_1 u. U_2 sind nicht berücksichtigt, da diese im Krankenhaus durchgeführt werden)

Trotz mehrmaliger Aufforderung wurden uns nur 19 Vorsorgehefte vorgelegt. Nach Durchsicht dieser Hefte haben 6 vollständig, 10 teilweise, 3 nach Entlassung aus dem Krankenhaus überhaupt keine Früherkennungsuntersuchung ausgenutzt.

Vorsorgeuntersuchung	Teilnahme
U_3	11
U_4	14
U_5	10
U_6	8
U_7	5
U_8	3

Tab. 13: Beteiligung an U_3 - U_8
N = 19

Ein allgemeiner Vergleich zwischen türkischen und deutschen Eltern bezüglich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ist schlecht möglich, da auf den Vorsorgeheften die Nationalitäten nicht dokumentiert sind.

Neben der Teilnahmefrequenz an den Vorsorgeuntersuchungen ist deren Effektivität von großer Bedeutung. Wenn bei U_4 z. B. bei deutschen Kindern "Störungen der Gesamtentwicklung" in 4 %, bei türkischen Kindern jedoch in 42 % notiert sind, so gibt das die wahren Verhältnisse offensichtlich nicht richtig wieder, zumal wenn diese Diskrepanz nicht von den entsprechenden therapeutischen Konsequenzen gefolgt ist - im Gegenteil: Weiterführende Maßnahmen waren bei 8 % der türkischen Kinder erforderlich, bei deutschen Kindern jedoch in 43 % der Fälle! (v. Harnack 1979).

e) Impfungen

Eine gute Prophylaxe gegen bestimmte Infektionskrankheiten bieten Schutzimpfungen. Ein niedriger Durchimpfungsgrad der Gastarbeiterkinder ist nicht nur für diese selbst, sondern auch für die übrige Bevölkerung ein erhöhtes Krankheitsrisiko. Um die Möglichkeiten dieser Prophylaxe ausschöpfen zu können, sollten die Eltern bei der Neugeborenenbasisuntersuchung U_2 über die BCG-Impfung aufgeklärt, und zum Zeitpunkt der dritten Vorsorgeuntersuchung U_3 auf weitere Impfungen hingewiesen werden. Im Städtischen Krankenhaus Salzgitter-Lebenstedt richten wir uns nach den Impfempfehlungen der ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes.

Die Befragung unserer kleinen türkischen Patienten ergab folgenden Impfstatus:

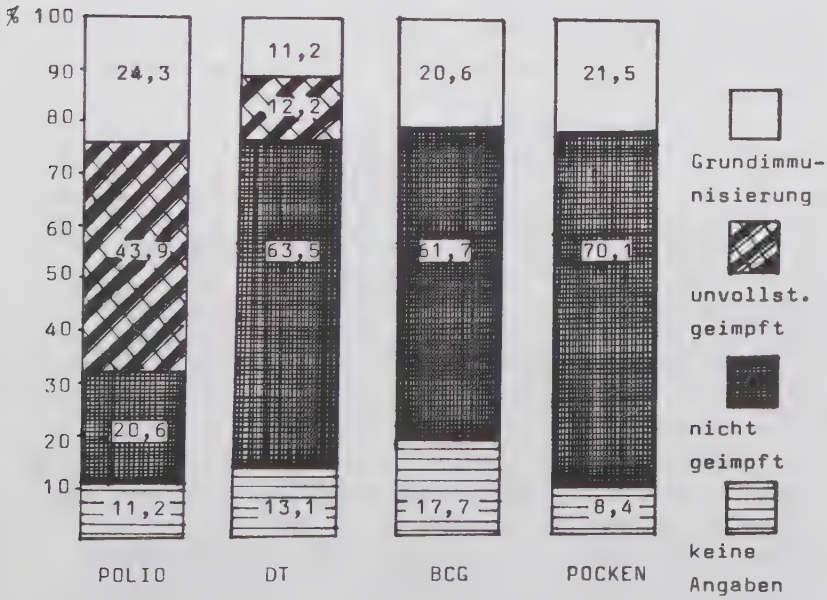

Abb. 2: Durchimpfung der türkischen Kinder

Von allen Impfungen war die P o l i o s c h l u c k - i m p f u n g am meisten in Anspruch genommen worden. Jedoch hatten von 73 gegen Kinderlähmung geimpften Kindern lediglich 26 eine vollständige Grundimmunisierung durch eine dreimalige Impfstoffgabe.

Bei der D i p h t h e r i e / T e t a n u s - I m p f u n g ist die Teilnahmequote geringer. 64 Kinder waren gegen Diphtherie und Tetanus überhaupt nicht geimpft. Nur 12 Kinder hatten eine Grundimmunisierung durch 3 Injektionen, davon war keines in der Türkei geboren. Bei 14 Kindern wurden keine Angaben gemacht, die restlichen waren unvollständig geimpft. 3 unserer Patienten hatten eine einmalige, 1 Patient eine zweimalige Tetanusimpfung.

Gegen T u b e r k u l o s e waren 20,6 %, gegen P o c k e n 21,5 % der Kinder geimpft, außerdem wurden 3 M a s e r n-, 1 M a s e r n - M u m p s-, 2 C h o l e r a-, 1 R ö t e l n - I m p f u n g angegeben. Da besonders die in der Türkei geborenen Kinder keine Impfausweise besaßen, waren die Angaben über die weiteren Impfungen unvollständig.

Die Mehrzahl der B C G - geimpften Kinder (22 von 25) war älter als 5 Jahre. Bis Juni 1975 wurden hier in Salzgitter alle Neugeborenen geimpft. Auf Grund der Zwischenfälle bei der BCG-Impfung wurde der Impfstoff dann aus dem Handel gezogen. Nach der Wiederzulassung wurde die allgemeine Neugeborenenimpfung nicht wieder aufgenommen. Dies erklärt die Tatsache, warum 66 Patienten nicht geimpft wurden. Bei den restlichen Kindern fehlen anamnestische Angaben.

Vergleichbare offizielle Daten aus der Türkei und Deutschland existieren nur für die Tuberkulose. In Deutschland beträgt die Morbidität 60/100.000 und die Mortalität 5/100.000 Einwohner (Schmid 1980). Nach Angaben des Gesundheitsministeriums der Türkei (Abt. z. Bekämpfung d. Tuberkulose) beträgt die Mortalität dort für das Jahr 1978 9/100.000 Einwohner. Eine behandlungsbedürftige aktive Tuberkulose ist mit

1 : 1000 angegeben (Açan 1979). Trotz eindrucksvoller Erfolge bei der Tuberkulosebekämpfung sind diese Zahlen relativ hoch. Nach Auffassung des U.S. Public Health Service kann erst von einer Überwindung der Tuberkulose gesprochen werden, wenn die Morbidität unter 10/100.000 und die Mortalität unter 2/100.000 liegt.

Unter den 29.536 Zugängen an behandlungsbedürftigen Tuberkulosen im Jahre 1978 in Deutschland waren 4.264 Ausländer. Der Anteil der Ausländer an den Zugängen wegen Tuberkulose liegt demnach mit 14,4 % deutlich höher als der Anteil der Ausländer an der Bevölkerungszahl, der nur 6,5 % beträgt (Lukas 1980). Bei den 0-1jährigen machen die Ausländerkinder 27 %, bei den 1-5jährigen 40 % der Neuzugänge aus (Lock 1980).

Für die Kinder in der Bundesrepublik Deutschland im Alter von 0-6 Jahren beträgt die Infektionsrate etwa 0,1 %. (DZK 1980). Im Jahre 1977 betrug in der Türkei die Infektionsrate für die gleiche Altersgruppe 1,2 % (Açan 1979).

Obwohl das Risiko eines ausländischen Kindes von 0-15 Jahren, in Deutschland an Tuberkulose zu erkranken, im Jahre 1978 4 mal über dem eines deutschen Kindes lag (Lock 1980), werden diese Kinder als Folge der Negativ-Propaganda gegen die BCG-Impfung immer seltener geimpft. Nach Zahlen vom Münchener Gesundheitsamt waren bei 2.573 im Zeitraum vom 1. 7. 76 - 30. 6. 77 geborenen Kindern - fast ausschließlich ausländische Kinder - nur 8 nach der Geburt gegen Tuberkulose geimpft (Stickl, Wohlgemut, 1980). Die Situation wird für die türkischen Kinder dadurch erschwert, daß sie im Urlaub mit ihren Eltern in die Türkei fahren. Infolge der höheren Tbc-Durchseuchung der Bevölkerung und der schlechten Hygieneverhältnissen ist die Gefährdung für die aus Deutschland kommenden Kinder wesentlich höher.

In Istanbul und Umgebung waren 1977 nach Angaben der Abteilung zur Tuberkulosebekämpfung 69,5 % der Kinder im Vorschulalter tuberkulosegeimpft (Gesundheitsministerium TR

1979). Unter Rekruten der türkischen Armee betrug der Durchimpfungsgrad für das gleiche Jahr 90 % (Açan 1979).

Die intracutane Tuberkulinprobe fiel bei unseren 107 Kindern wie folgt aus:

68 negative Tuberkulinreaktionen
30 positive Tuberkulinreaktionen
9 nicht getestet

10 Kinder mit positiver Tuberkulinreaktion hatten keine Impfanamnese. Bei 2 Kindern stellten wir eine Lungentuberkulose fest, weitere 2 Patienten bekamen wegen einer Tuberkulinkonversion INH.

Da die türkischen Kinder zu einer Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Tuberkulosegefährdung gehören, stellen sie eine Risikogruppe dar. Eine Impfung aller türkischen Neugeborenen wäre daher mit den Empfehlungen der ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes vereinbar.

f) Beschwerden

Beschwerden	Häufigkeit
Fieber	49,5 %
Husten	31,8 %
Schnupfen	17,8 %
Durchfall	19,6 %
Erbrechen	23,4 %
Bauchschmerzen	16,8 %
Appetitlosigkeit	19,6 %
Gelbsucht	8,4 %
Einnässen	5,6 %
Ausschlag	7,5 %
sonstige (Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel Schwäche, Krampfanfall)	17,0 %

Tab. 14: Beschwerden nach Angaben der Eltern

Die häufigsten Beschwerden, die zum Arzt führten, sind Fieber, Husten, Schnupfen, meist in Kombination. Weiterhin sind Durchfall, Erbrechen, Appetitlosigkeit die häufigsten Gründe für den Arztbesuch.

47 Kinder wurden ohne Einweisung ins Krankenhaus gebracht, 7 als Notfall, 18 ohne jeglichen vorherigen Arztbesuch.

Dauer der Beschwerden	Anzahl der Kinder
Bis 1 Tag	24
Bis 1 Woche	46
Bis 1 Monat	11
über 1 Monat	6
angeborene, chronische od. rezidiv. Erkrg.	20

Tab. 15: Dauer der Beschwerden bei Aufnahme

D. B E F U N D

1) Körpermaße

Bei Auswertung der Längen- und Gewichtswerte wurden die für türkische Normen aufgestellten Perzentilenkurven von C. Neyzi verwendet.

Gewicht:

unter 10. Perzentile	20,0 %
über 90. Perzentile	5,7 %

N = 105

Länge:

unter 10. Perzentile	14,6 %
über 90. Perzentile	6,8 %

N = 103

(Ein Kind mit Achondroplasie, ein anderes mit familiärem Minderwuchs wurden nicht berücksichtigt. Bei weiteren 2 Patienten fehlen die Längenmaße.)

Hierbei fällt auf, daß bei 20 % unserer türkischen Patienten das Körpergewicht unterhalb der 10. Perzentile liegt. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß es sich hier ausschließlich um Krankenhauskinder handelt.

Nach einem Vortrag von Bertan (Ankara) während des internationalen Symposions der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie am 7. und 8. April 1978 sind in Berlin-Kreuzberg und -Wedding 24 % der türkischen Kinder zwischen 5 - 14 Jahren untergewichtig.

Demgegenüber fanden Berliner Schulärzte bei einer Einschulungsuntersuchung im Jahre 1975, daß bei gleicher Körpergröße das Durchschnittsgewicht der ausländischen Kinder höher als bei deutschen Kindern des gleichen Alters war. Von den 21.908 untersuchten Kindern waren rund $^2/_3$ der 2.253 ausländischen Schulanfänger Türken (Scholz 1980).

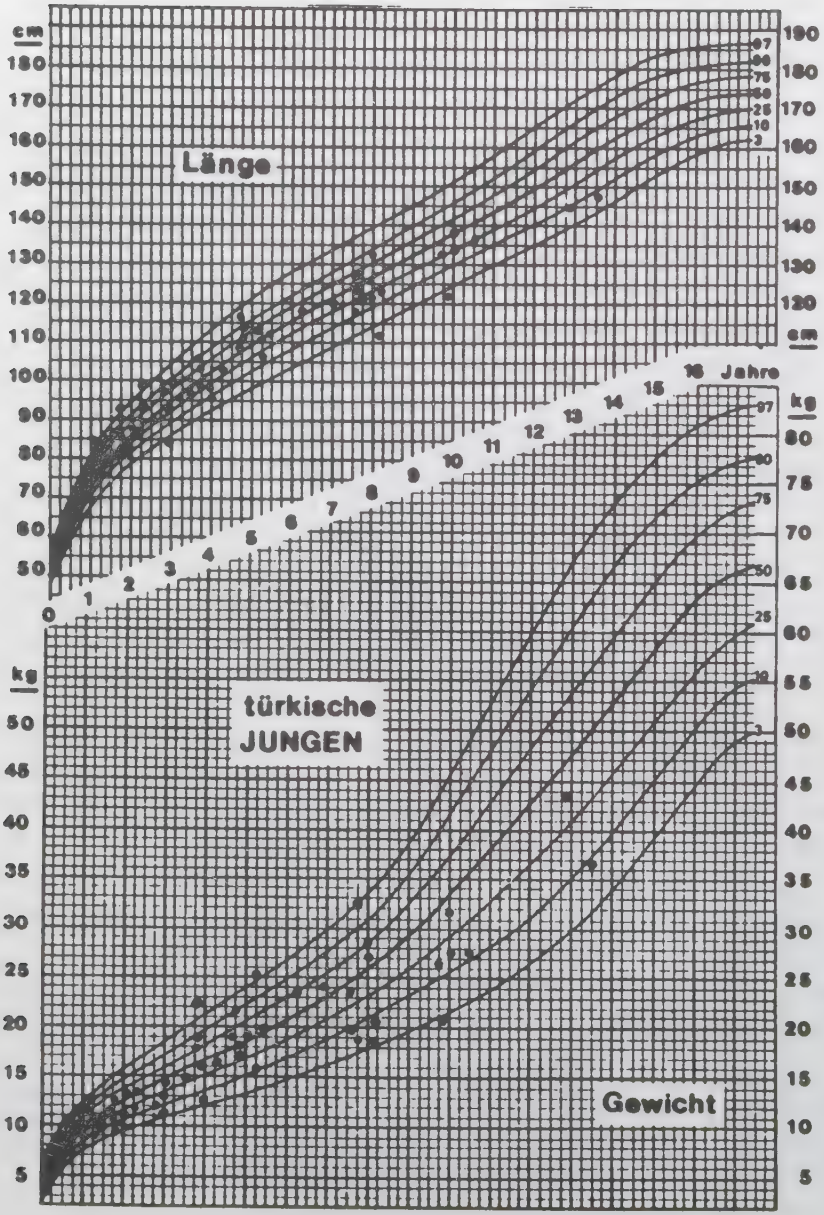

Abb. 3: Körpergröße und -gewicht der untersuchten türkischen Jungen. Perzentilkurven nach Neyzi et al. (Aksu, v. Schnackenburg, 1980)

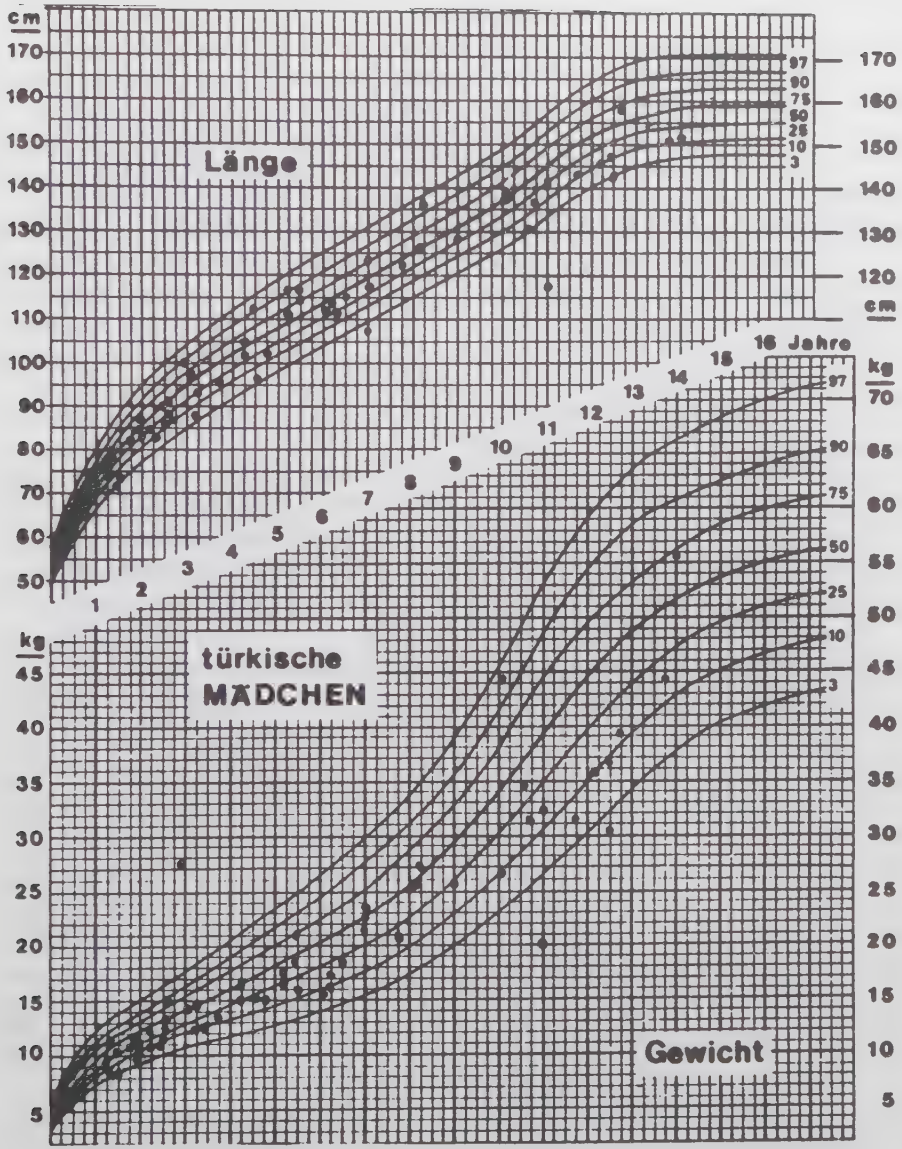

Abb. 4: Körpergröße und -gewicht der untersuchten türkischen Mädchen. Perzentilkurven nach Neyzi et al. (Aksu, v. Schnackenburg, 1980)

2) Erkrankungen

Beim Vergleich der zur Aufnahme führenden Erkrankungen zwischen türkischen und deutschen Kindern sind, wie es aus der Tabelle 20 hervorgeht, Infekte der Luftwege und Gastroenteritiden prozentual fast gleich häufig vertreten.

Bei den Infektionskrankheiten ist die H e p a t i t i s A bei den türkischen Kindern besonders häufig zu finden. Während wir im Zeitraum der Studie bei 7,5 % der türkischen Kinder Hepatitis A beobachteten, war dieses nur bei 1,4 % der deutschen Kinder der Fall. Wenn wir die Gesamtzahl der Hepatitis-A-Erkrankungen des Jahres 1979 betrachten, bestätigt sich diese Feststellung. Von 24 wegen Hepatitis A aufgenommenen Kindern stammen 16 aus der Türkei, 4 aus Deutschland und die restlichen aus anderen südeuropäischen Ländern. Dieses deckt sich mit in der Literatur vorhandenen Angaben. In dem Zeitraum von 1975 - 1978 erkrankten beispielsweise im Großraum Hannover 55 Türken an Hepatitis A, fast ausschließlich Kinder unter 10 Jahren, die nach dem Heimaturlaub erkrankten und ihre Spielgefährten mit ansteckten (Willers, Höpken, 1980). Auch in Göttingen ist der Anteil der Gastarbeiterkinder unter den an Hepatitis A erkrankten Kindern mit 70 - 80 % sehr hoch. Der Nachweis erfolgt durch Bestimmung des IgM Anti HAV. Dieses spezifische Protein ist bis zu einem halben Jahr nach Erkrankungsbeginn in hoher Prozentzahl nachweisbar (Thomssen 1980). Bei einer anderen Untersuchung in Berlin, bei der 402 deutsche Kinder und 336 Ausländerkinder, davon 77 % Türken, serologisch untersucht wurden, hatten 4 % der deutschen, aber 31 % der ausländischen Kinder einen erhöhten Anti HAV-Titer (Lasius 1979).

Demgegenüber beobachteten wir im Städtischen Krankenhaus Salzgitter-Lebenstedt bei den deutschen Kindern häufiger eine S a l m o n e l l e n e n t e r i t i s als bei den türkischen Kindern. Im Jahre 1979 wurden 13 deutsche, 1 türkisches und 1 jugoslavisches Kind wegen einer Salmonellenenteritis behandelt. Dieses bestätigt die Einsicht in die Unterlagen des Gesundheitsamtes Salzgitter.

Erkrankungen	türkische Kinder N = 107		deutsche Kinder N = 491	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Infekt der Luftwege	30	28,0	133	27,0
obstruktive Bronchitis	5	4,7	19	3,9
Infektionskrankheiten:	28	26,2	88	17,9
Kinderkrankheiten	9	8,4	29	5,9
Hepatitis A	8	7,5	7	1,42
Hepatitis B	2	1,9	1	0,2
Tuberkulose	2	1,9	-	-
Meningitis	1	0,9	4	0,8
Typhus abdominalis	4	3,7	-	-
sonstige	2	1,9	47	9,6
Gastroenteritis	12	11,2	63	12,9
Ingestion/Intoxikation:	1	0,9	17	3,5
Medikamenteningestion	-	-	7	1,42
sonstige Ingestionen	1	0,9	5	1,0
Alkoholvergiftung	-	-	3	0,6
V. a. Intoxikation	-	-	2	0,4
Allergische Reaktion	-	-	14	2,9
Zerebrale Anfälle	3	2,8	26	5,3
davon Fieberkrämpfe	3	2,8	10	2,0
Gastrointest. Erkrankungen	5	4,7	29	5,9
Herz-u.Kreislauferkrank.	2	1,9	14	2,9
Blutkrankheiten	1	0,9	5	1,0
Harnwegs-u.Nierenkrh.	1	0,9	29	5,9
Störungen d. Stoffwechsels:	-	-	23	4,6
azetonämisches Erbrechen	-	-	17	3,4
Diabetes	-	-	6	1,2
Enuresis	6	5,6	2	0,4
Sonstige Erkrankungen	13	12,2	29	5,9

Tab. 16: Erkrankungen der über 14 Monate alten türkischen u. deutschen Kinder im Zeitraum vom 5.8.79 - 20.6.80

Im gleichen Zeitraum war dort bei den wegen einer Salmonellenenteritis gemeldeten 39 Kindern unter 14 Jahren kein türkisches Kind anzutreffen. 37 Kinder waren deutsche, 2 griechische Staatsangehörige. Ob dieser große Unterschied auf die unterschiedlichen Ernährungsweise zurückzuführen ist, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten. Das seltene Antreffen der Salmonellenenteritis bei den türkischen Kindern kann auch dadurch erklärt werden, daß nur in seltenen Fällen die Gastarbeitereltern wegen eines banalen Durchfalls ihrer Kinder den Arzt konsultieren. Dadurch können die Salmonellen natürlich weniger nachgewiesen werden.

Bei den sonstigen Infektionskrankheiten sind in erster Linie hochfieberhafte virale Infekte zusammengefaßt. Unter den türkischen Patienten hatten wir 4 Kinder mit T y p h u s a b d o m i n a l i s. Dies wiederum zeigt die besondere Gefährdung des türkischen Kindes. Bei Ferienaufenthalten in der Türkei sind sie von Infektionskrankheiten mehr bedroht als deutsche Kinder in ihren Ferien.

Zahlen über die Häufigkeit der zufälligen M e d i k a m e n t e n v e r g i f t u n g e n sind zu gering, um daraus eindeutige Schlüsse zu ziehen. Während der Zeitspanne der Studie wurde kein türkisches Kind wegen des Verdachtes einer Vergiftung eingeliefert, während 1,4 % der deutschen Kinder wegen einer akzidentellen Medikamenteningestion stationär aufgenommen wurden. Olbing (1979) macht auf eine in dieser Hinsicht interessante Entwicklung aufmerksam. Danach wurde in Essen in den Jahren 1965 - 1970 kein einziges ausländisches Kind mit einer akzidentellen Vergiftung eingewiesen. In den darauffolgenden Jahren war der prozentuale Anteil der Ausländerkinder mit einer Arzneimittelvergiftung ähnlich wie bei den deutschen Kindern.

Der Grund dafür, weshalb bei unseren türkischen Kindern weniger zufällige Tabletteningestionen anzutreffen sind, bleibt ungeklärt. Von den türkischen Eltern werden Medikamente wahrscheinlich noch nicht, wie in Deutschland oft üblich, als tägliches Konsumgut betrachtet. Aber hier passen

sich die Gastarbeiterfamilien offensichtlich immer mehr den hiesigen Gepflogenheiten an.

Wie aus unserer Tabelle hervorgeht, ist der prozentuale Anteil der allergischen Reaktionen bei den deutschen Kindern relativ hoch. Eine befriedigende Erklärung hierfür ist nicht ersichtlich, da die Ursache der allergischen Reaktionen nicht in jedem Fall ermittelt werden kann.

Die hier verwendete Bezeichnung "zerebrale Anfälle" beinhaltet auch die Patienten, die wegen Verdacht auf Krampfleiden zur stationären Beobachtung und Abklärung stationär aufgenommen sind.

Die Diagnose Harnwegsinfektion wurde bei 0,9 % unserer türkischen Patienten, dagegen bei 5 % der Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit gestellt.

Enuresis als Aufnahmegrund fanden wir bei 5,6 % der türkischen und 0,4 % der deutschen Patienten. Unter Enuresis verstehen wir Einnässen bei Kindern nach dem vollendeten 4. Lebensjahr (Simon 1973). Nach dieser Definition hatten wir bei 10,2 % unserer kleinen türkischen Patienten eine Enuresis, unabhängig davon, ob diese der Aufnahmegrund war oder als Nebendiagnose festgestellt wurde. 10 von 11 einnässenden Kindern hatten eine primäre Enuresis.

Die Spalte "sonstige Krankheiten" beinhaltet Infektarthritiden, rheumatisches Fieber, Phlegmonen, psychosomatische Beschwerden, geistige Retardierung, Aspiration und verschiedene Einzelfälle, unter anderem auch jeweils 1 Suizidversuch bei einem türkischen und einem deutschen Kind.

Parasiten: In unserem Krankenhaus werden alle Kinder mit Hilfe von Teststreifen auf Oxyureneier untersucht. Dabei stellten wir bei 2 von 107 türkischen Kindern Madenwurmeier als Nebenbefund fest. Bei Stuhluntersuchungen wurden einmal Askariden, einmal Taenien und zweimal Peitschenwürmer

ermittelt. 3 unserer kleinen türkischen Patienten hatten Pediculi capitis und wurden deswegen behandelt.

Auffallend war, daß keiner der befragten Eltern E r b k r a n k h e i t e n in der Familie angab. Viele der türkischen Eltern betrachten solche Fragen als Eingriffe in die Intimsphäre.

3) Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer betrug 12,4 Tage. Dieses entspricht nach dem im Jahresbericht 1979 der Städtischen Krankenanstalten Salzgitter für die pädiatrische Abteilung angegebenen Gesamtdurchschnitt von 12,8 Tagen. Daraus ist ersichtlich, daß bei uns in der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt die türkischen Kinder keine wesentlich abweichende mittlere Verweildauer haben.

4) Besuchshäufigkeit

Die türkischen Kinder wurden meist regelmäßig besucht, obwohl dieses besonders für die oft unselbständigen türkischen Frauen, die ihre übrigen Kinder dann anderweitig unterbringen müssen und bei den oft weiten Wegen mit Schwierigkeiten verbunden ist. Bei 13 Kindern kamen die Familienangehörigen relativ selten.

12 Mütter ließen sich zusammen mit ihren Kindern stationär aufnehmen. Bei 6 Familien behandelten wir mehrere Geschwister gleichzeitig.

Eine großzügige Handhabung der Besuchszeiten und die Möglichkeit der Mitaufnahme der Mutter erleichtert nicht nur den ausländischen Kindern den Klinikaufenthalt. Auch für die deutschen Kinder wäre es sehr positiv, wenn in jeder Kinderklinik die Eltern zu jeder vertretbaren Tageszeit ihr Kind besuchen können und ein Elternteil mit aufgenommen werden kann. Bei uns im Städtischen Krankenhaus Salzgitter-Lebenstedt können die Eltern täglich und nach Rücksprache zu jeder Zeit kommen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit der Mitaufnahme der Mutter.

5) Verhalten

Die Beurteilung des Verhaltens war ohne die Mitarbeit eines Psychologen und durch den häufigen Schwesternwechsel sehr erschwert. Ich möchte lediglich folgende Beurteilungen der Schwestern hervorheben: Am auffälligsten war für sie bei 17 Kindern eine sehr ausgeprägte Heimwehreaktion, besonders ängstlich waren 7 der kleinen Patienten, agressiv ebenfalls 7 der Kinder. Eine Enuresis als Verhaltensstörung hatten 11 der Kinder. 2 Kinder waren eindeutig, 3 weitere geringgradig geistig retardiert.

Bei 21 Kindern - 5 unter 1 Jahr in Deutschland - gaben die Schwestern sprachliche V e r s t ä n d i g u n g s s c h w i e r i g k e i t e n an, bei weiteren 54 bestanden keine Verständigungsschwierigkeiten. Von den letztgenannten konnten 29 Deutsch und Türkisch gleich gut. Diese Angaben beziehen sich auf die 75 über 3 Jahre alten Kinder.

Nach einer Erhebung aus Kinderkliniken, sogenannten Kinderzimmern und Allgemeinkrankenhäusern aus dem Rheinland führen Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Krankenhauspersonal, dem Kind und seinen Eltern zu einer Reihe von Mißverständnissen, die sich auf Verlauf und Heilung der

Krankheit ungünstig auswirken können. Die lückenhafte Verständigung kann auch zur Folge haben, daß Gastarbeiterkinder häufig nach einigen Wochen wieder ins Krankenhaus eingeliefert werden. Die Anweisungen zur Nachbehandlung waren von den Eltern nicht richtig verstanden und deshalb nicht befolgt worden (Meyl 1980). Auf der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt ist eine ähnliche Situation. 23,3 % unserer türkischen Kinder waren, abgesehen von der Neugeborenenperiode, mindestens einmal zuvor stationär behandelt.

E. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND VORSCHLÄGE

Es wird allgemein anerkannt, daß die Kinder von ausländischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland ein dringliches sozialpädiatrisches Problem darstellen. Die zunehmende Anzahl der Veröffentlichungen hierüber verdeutlicht diese Entwicklung. Die meisten Angaben in der Literatur beziehen sich auf eine heterogene Gruppe von ausländischen Kindern, ohne die spezifischen Besonderheiten bestimmter Völkergruppen herauszustellen. Über die türkischen Kinder, die zahlenmäßig stärkste Gruppe der ausländischen Kinder, wird selten gesondert berichtet. Die schlechte Ausnutzung der in Deutschland angebotenen präventiven Maßnahmen, wie es eindeutig aus vorliegender Studie hervorgeht, zeigt, daß trotz Feststellung der Tatsache keine effektiven praktischen Gegenmaßnahmen zur Anwendung kommen. Es ist nicht möglich, in kurzer Zeit das Verhalten der türkischen Eltern zu ändern. Durch verbesserte Information in der Heimatsprache und persönlichen Einsatz von geschulten Landsleuten kann dieses jedoch beeinflußt werden, wenn dadurch der Sinn und die Vorteile dieser Maßnahmen klar ersichtlich sind.

Das türkische Kind hat im Vergleich zum deutschen Kinde eine schlechtere Ausgangsposition. Präventive Maßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen, Ernährungsberatung, Rachitisprophylaxe und Impfungen als Beispiel) erreichen nur einen geringen Prozentsatz der Angesprochenen. Auch der Sozialstatus trägt dazu bei, da die Väter überwiegend als Arbeiter tätig sind. Erschwerend kommt hinzu, daß viele Mütter keine oder eine mangelhafte Schulbildung haben. Sie sprechen daher wenig deutsch und können nichts zur Integration ihrer Kinder beitragen. Da türkische Kinder kaum Kindergärten besuchen, ist die Krankenhausaufnahme eines türkischen Kleinkindes mit besonderen psychischen Belastungen verbunden. Dies wird in den Verhaltensweisen und Störungen dieser Kinder deutlich.

Um die Lage der türkischen Kinder in unserer Kinderabteilung zu verbessern, sollen hier einige Punkte herausgestellt werden:

Während Stillen bei den deutschen Müttern wieder an Aktualität gewinnt, ist die Tendenz bei türkischen Müttern in Deutschland umgekehrt. Die Verwendung von Industrienahrung gilt als Zeichen eines größeren Sozialprestiges. Auch die Zweifel an der Wertigkeit der eigenen Milch dürften eine Rolle spielen. Die Reklame für die Industrienahrungen - besonders vitaminreiche, schmackhafte und sättigende Nahrung - irritiert die Mütter. Es ist deswegen eine ärztliche Aufgabe, die Mütter hierüber richtig aufzuklären. Hier können Merkblätter in türkischer Sprache, die schon während der Betreuung beim Frauenarzt in der Schwangerschaft oder spätestens auf der Wochenstation gelesen werden, von großem Nutzen sein. In diesen Merkblättern sollte man betonen, daß die Muttermilch die optimale Säuglingsnahrung ist und daß die Kinder, die mit Muttermilch ernährt werden, seltener Infekte der Luftwege und Durchfallerkrankungen bekommen. Das Vorhandensein von türkischsprechenden Krankenschwestern auf der Wöchnerinnenstation wäre eine große Hilfe, ist aber im allgemeinen schwer zu realisieren.

Die bessere Durchimpfung bei Polio beweist, daß durch bessere Information mittels in der Heimatsprache geschriebener Einladungen die Teilnahme ansteigt. Da die Eltern in der Türkei an die dortigen staatlichen Impfaktionen gewöhnt sind und sich dort eher passiv verhalten, sollten sie auf die andere Situation in Deutschland aufmerksam gemacht und darauf hingewiesen werden, daß sie hier selber aktiv werden und selber zum Arzt oder Gesundheitsamt gehen müssen. Eine besonders gefährliche Situation entstand durch die Negativpropaganda gegen die BCG-Impfung in Deutschland ohne die Berücksichtigung der Tatsache, daß durch die regelmäßigen Heimaturlaube ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht. Auch eine ungünstige soziale Situation wie z.B. schlechte Wohnverhältnisse sind weitere Faktoren, die diese Erkrankung

begünstigen. Deswegen sollten möglichst alle türkischen Kinder gegen Tuberkulose geimpft werden.

Der Nachweis, daß 75 % der in Deutschland geborenen türkischen Kinder dieser Studie eine Rachitisprophylaxe erhalten haben, täuscht nicht darüber hinweg, daß die Angaben über Dauer und Vollständigkeit fehlen. Diese Situation gibt Anlaß dazu, die Einführung der Stoßprophylaxe bei türkischen Kindern zu erwägen.

Die niedrige Teilnahmequote bei den Vorsorgeuntersuchungen ist wie bei den übrigen Vorsorgemaßnahmen ebenfalls durch Informationsmangel und sprachlichen Schwierigkeiten bedingt. Nach der Düsseldorfer Studie von 1976 bringen nur noch 10 % der türkischen Eltern ihre Kinder zur Vorsorgeuntersuchung U_5. Fast 41 % unserer in Deutschland geborenen türkischen Patienten hatten dieses Angebot nicht ausgenutzt. Unseres Erachtens sollte zumindest in Ballungsgebieten die Neugeborenenbasisuntersuchung U_2 durch einen türkischen Kinderarzt durchgeführt werden, damit die Eltern von Anfang an über die Notwendigkeit der kostenlosen Präventivmaßnahmen unmittelbar aufgeklärt werden. Ein kurzgefaßtes Merkblatt in der Heimatsprache wäre zwar sehr hilfreich, kann jedoch nicht eine persönliche Aufklärung ersetzen. Massenmedien wie z.B. Gastarbeitersendungen und Zeitungen in der Heimatsprache, aber auch Informationen in türkischen Konsulaten, wären zusätzliche hilfreiche Informationsquellen.

Mangelnde Schulbildung und die Sprachschwierigkeiten der türkischen Mütter sind Haupthindernisse für eine gute Aufklärung. Mütter, die nicht lesen können, werden durch Merkblätter kaum erreicht. Hier würden regelmäßige Hausbesuche von geschultem Personal der Gesundheitsämter mit ausreichenden Sprachkenntnissen - möglichst Landsleute - helfen. Diese Besuche müßten aber mit Rücksicht auf die Mütter, die vorher ihren Ehemann fragen müssen, angemeldet und durch weibliche Mitarbeiter durchgeführt werden. In der Türkei haben sich z.B. regelmäßige Besuche von Krankenschwestern

von sogenannten Mutter-Kind-Gesundheitszentren, die dem Gesundheitsministerium unterstellt sind, bewährt, insbesondere wenn die Mütter auf vorhergehende Einladungen nicht reagiert haben.

Bei der Auswertung der Körpermaße unter Zuhilfenahme der für türkische Normen aufgestellten Perzentilenkurven fiel auf, daß das Körpergewicht bei 20 % unserer Kinder unter der 10. Perzentile lag. Hierbei wurde jedoch das Längengewicht nicht berücksichtigt, da das entsprechende Somatogramm für Längengewicht fehlte.

Bei den Infektionskrankheiten fällt die höhere Durchseuchung mit dem Hepatitis-A-Virus auf, die häufig nach einem Heimaturlaub der Kinder zu beobachten ist (Willers, Höpken, 1980). Auch die Wohnverhältnisse und die Lebensgewohnheiten begünstigen höchstwahrscheinlich die Ausbreitung dieser Infektionskrankheit. Daß eine Salmonellenenteritis unter deutschen Kindern häufiger beobachtet wurde, kann einerseits auf unterschiedliche Ernährungsweise (Eis, Hähnchen), aber auch auf geringere Arztkonsultation zurückgeführt werden.

Am Beispiel der seltenen Tablettenvergiftungen bei unseren Gastarbeiterkindern läßt sich das andere Verhältnis der türkischen Eltern gegenüber Medikamenten vermuten.

Bei den 491 deutschen Kindern, die wir in dem gleichen Zeitraum stationär behandelt haben, war der prozentuale Anteil an Harnwegsinfekten und allergischen Reaktionen größer, bei Enuresis jedoch vergleichsweise niedriger.

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten hatten 28 % der über 3 Jahre alten türkischen Kinder. Wenn ein türkisches Kind eine deutsche Schule besucht, so muß es die deutsche Sprache beherrschen. Ohne das ist ein erfolgreicher Schulbesuch nicht möglich. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß der Kindergarten eine ideale Möglichkeit wäre, die deutsche Sprache im Spiel zu erlernen. Dabei lernt das Kind dann auch, Anschluß an die deutschen Kinder zu finden

und ist nicht isoliert. Dies ist sonst der Ausgangspunkt für spätere Verhaltensstörungen. Eine türkischsprechende Krankenschwester ist für Kinder mit Sprachschwierigkeiten von großem Nutzen und auch für das übrige Pflegepersonal eine Hilfe. Dieses Berufsbild wäre sicherlich für türkische Mädchen, die hier in der 2. Gastarbeitergeneration heranwachsen, ein interessantes Berufsbild, da viele von ihnen zweisprachig aufwachsen. Angehende deutsche Krankenschestern sollten die besondere Problematik des ausländischen Kindes dargelegt bekommen. Dadurch kann das Schwestern-Eltern-Patient-Verhältnis günstig beeinflußt werden.

In der fremden Atmosphäre des Krankenhauses wäre sicherlich die Mitaufnahme der Mutter oder eine großzügige Handhabung der Besuchszeiten sehr hilfreich. Hierbei sollten auch die Geschwister einbezogen werden, da sie zu Hause sehr frühzeitig bei der Pflege und Betreuung der kleinen Geschwister mithelfen. Dabei müßte auch das Besuchsverbot für Kinder unter 14 Jahren neu überdacht werden (Meyl 1980).

Zum Schluß sei vermerkt, daß bei der geringen Zahl unseres Patientengutes keine Aussage über die relativ seltenen Erkrankungen gemacht werden kann. Dieses gilt z.B. sowohl für Erkrankungen, die gehäuft im Mittelmeerraum auftreten als auch für psychische Störungen, z.B. Suizidversuche.

F. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde die Lage der türkischen Kinder im deutschen Krankenhaus am Beispiel der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt statistisch untersucht. Der Anlaß für diese Untersuchung ergibt sich aus der großen Anzahl von türkischen Kindern in der Bundesrepublik Deutschland, 375.900 Kinder unter 15 Jahren im Jahre 1979. Im selben Jahr war im Städtischen Krankenhaus Salzgitter-Lebenstedt fast jedes 4. Kind türkischer Staatsangehöriger. Das Hauptziel ist, die besondere Problematik dieser Kinder zu verstehen und Schlüsse für eine bessere Versorgung zu ziehen.

Anhand eines Fragebogens wurden die Eltern von 107 türkischen Kindern und die Kinderkrankenschwestern befragt, die Krankenblätter und zum Teil Vorsorgehefte und Impfpässe ausgewertet. Zum Vergleich des Krankheitsspektrums erfaßten wir retrospektiv die Krankenblätter von 491 deutschen Kindern des gleichen Zeitraumes.

Die meisten Familien der kleinen türkischen Patienten stammen aus kleineren Städten Anatoliens. Die Väter, durchschnittlich seit ca. 10 Jahren in Deutschland, waren meist zwischen 31 und 40 Jahre alt und arbeiteten hauptsächlich in den Industriebetrieben von Salzgitter. Die Mütter waren zu 87 % Hausfrauen. Sie waren durchschnittlich etwa 3,3 Jahre später als ihre Männer nach Deutschland gekommen. Rund 37 % der Frauen hatten keinerlei Schulbildung. Die meisten Kinder hatten mehrere Geschwister. 32 % hatten bereits einen Krankenhausaufenthalt hinter sich. Es fiel auf, daß die meisten Kinder keinen Kindergarten besuchten.

Anamnestisch wird die Tendenz bestätigt, daß sich die Art der Ernährung des Kindes in Deutschland ändert. Die in der Bundesrepublik Deutschland geborenen Säuglinge türkischer Mütter werden seltener gestillt als die in der Türkei geborenen. Rund 33 % der in Deutschland geborenen türkischen Kinder bekamen keine Rachitisprophylaxe, bei den restlichen

Kindern gibt es keine genauen Angaben über die Dauer und Vollständigkeit. Die in Deutschland angebotenen Vorsorgeuntersuchungen erreichten 40,9 % unserer Kinder nicht. Auch die Teilnahme bei den Impfungen läßt viel zu wünschen übrig. Von allen Impfungen wurde die Polioimpfung am meisten in Anspruch genommen, insgesamt von 73 Patienten. Jedoch nur 26 von diesen Kindern hatten eine vollständige Poliogrundimmunisierung.

Bei der Auswertung des Körpergewichtes nach den für türkische Normen aufgestellten Perzentilenkurven ist festzustellen, daß 20 % unserer Kinder unter der 10. Perzentile lagen. Einschränkend muß bemerkt werden, daß es sich in dem untersuchten Kollektiv um kranke Kinder gehandelt hat.

Beim Vergleich der zur Aufnahme führenden Krankheiten fällt auf, daß die Hepatitis A bei türkischen Kindern besonders häufig vorkommt. Demgegenüber beobachteten wir bei deutschen Kindern häufiger eine Salmonellenenteritis. Akzidentelle Medikamenteningestionen sind bei deutschen Kindern ebenfalls häufiger anzutreffen. Parasitenbefall beobachteten wir nur in wenigen Fällen.

Abschließend werden Maßnahmen zur besseren Versorgung der türkischen Kinder in Deutschland diskutiert und verschiedene Vorschläge erörtert. Die Darstellung zeigt aber auch, wie ungleich derzeit die Bedingungen für die kranken türkischen Kinder sind. Im Krankenhaus, getrennt von Eltern und Geschwistern, werden die Probleme besonders deutlich.

G. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. AÇAN, H. — The Tuberculosis control organisation and programmes in Turkey. General Directorate Tuberculosis Control, Ministery of Health. S. 14-16 (1979)

2. AKSU, F. V. SCHNACKENBURG, K. — Perzentilenkurven für die Längen- u. Gewichtsbeurteilung türkischer Kinder. Der Kinderarzt, 2, 199 (1980)

3. AMT FÜR WIRTSCHAFTSFÖRDERUNG STATISTIK UND WAHLEN — Statistisches Jahrbuch der Stadt Salzgitter. S. 25 (1978)

4. AMT FÜR WIRTSCHAFTSFÖRDERUNG STATISTIK UND WAHLEN — Bevölkerungsaufbau nach Jahrgängen, Salzgitter in Zahlen. Nr. 53, 17 (1979)

5. ANSAY, E.-M. — Krankheits- und Arbeitsunfallursachen türkischer Arbeitnehmer im Heimatland und in der Bundesrepublik Deutschland. Inaug. Diss. Hamburg 1980

6. BERTAN, M. — Eine Studie über Gesundheitsprobl. von Kindern türk. Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländ. Arbeitnehmer, Fortschritte der Sozialpädiatrie, Bd. 5, S. 150, Hrsg. Hellbrügge, Urban & Schwarzenberg (1980)

7. BURMEISTER, W. — Vitamin D-Bedarf, in: Bachmann, K.D., Ewerbeck,H., Joppich,G., Kleihauer,E., Rossi,E., Stalder, G.R., Pädiatrie in Praxis u. Klinik, Bd. 1, S. 4-31, Georg Thieme Verlag Stuttg., Gustav Fischer Verlag (1980)

8. COLLATZ, J., HECKER, H., MALZAHN, P., OETER, K., SCHMIDT, E.	Psychosoziale Momente der Nutzung d. gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge u. Kleinkinder durch ausländ. Elern in: Die Kinder ausländ. Arbeitn., Fortschritte d. Sozialpädiatrie, Bd. 5, S. 230, Hrsg. Hellbrügge, Urban & Schwarzenberg (1980)
9. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNGSFORSCHUNG 1975	zit. nach Gerstner,G., Grünberger, W., Stillergebnisse aus Wien im intern. Vergleich. Sozialpädiatrie 2, 69 (1980)
10. DEUTSCHES ZENTRALKOMMITEE ZUR BEKÄMPFUNG DER TUBERKULOSE (DZK)	Persönliche Mitteilung
11. GESUNDHEITSMINISTERIUM DER TÜRKEI	Veröffent.: Verem Savaşı, Genel Müdürlügü 1979 yılı çalışma raporu ve 1980 yılı çalışma programı. Saglık ve Sosyal Yardım Bakanlıgı yayınları, 480, 37 (1979)
12. GESUNDHEITSAMT SALZGITTER	Lebenstedt, Archiv
13. V. HARNACK, G.A.	Effizienz pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen. 76. Tagung d. deutsch. Gesellschaft f. Kinderheilkunde. Karlsruhe 17. - 19. Sept. 1979 Alete-Reihe 5/79, S. 158
14. HELLBRÜGGE, T.	Soziale Pädiatrie, in: Keller/ Wiskott, Lehrbuch der Kinderheilkunde 4.4 (1977) Georg Thieme Verlag Stuttg.

15. HÖHN, C. — Kinder ausländ. Arbeitnehmer in d. Bundesrepublik Deutschland im Spiegel d. Statistik, in: Die Kinder ausländ. Arbeitnehmer, Fortschritte d. Sozialpädiatrie, Bd. 5, 10 (1980), Hsrg. Hellbrügge, Urban & Schwarzenberg

16. LASIUS, D. — Seroepidemiologische Untersuchungen zur Hepatitis A-Durchseuchung bei deutschen u. ausländ. Kindern u. Jugendlichen in Berlin (West). Inaug. Diss. Berlin 1979

17. LOCK, W. — Das Problem der generellen Neugeborenen BCG-Impfung, Pädiat. Prax., 23, 190 (1980)

18. LUKAS, W. — Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose, Berlin, Sept. 1980

19. METZE, H. — Kriterien der Wertigkeit von Säuglingsmilchnahrungen, Med. Welt 30, S. 1885-1889 (1979)

20. MEYL, F. — Das ausländ. Kind im Krankenhaus. Das Krankenhaus 4, 123-127 (1980)

21. MÜLLER, H.G. — Zur Frage der Stillfreudigkeit unserer Kinderkliniken. Der Kinderarzt 11, 976 (1980)

22. NEYZI, O., ALP, H., KÜSEFOGLU, F., HELVACI, A., KAVAKLI, A., SÖNMEZ, M., USTA, Y., YÜKSEL, L. — Zonguldak kömür işçileri çocuklarının saglık durumu. Istanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 39, 452 (1976)

23. OLBING, H., GOCKELN, R., KERSTAN, J., KOSLOWSKI, B. — Ausländerkinder im stationären Patientengut einer pädiatrischen Schwerpunktklinik. Der Kinderarzt 6, 890 (1979)

24. SCHMID, P.CH. — Immunoprophylaxe durch BCG-Impfung, Sozialpädiatrie 8, 283 (1980)

25. SCHMID, P.CH. — Infektionen durch Mykobakterien, in: Keller/Wiskott, Lehrbuch d. Kinderheilkunde, S. 17.66 Georg Thieme Verlag Stuttg. (1977)

26. SCHOLZ, D. — Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung von Ausländerkindern in Berlin (West), Sozialpädiatrie 3, 118 (1980)

27. STÄDTISCHES KRANKENHAUS SALZGITTER — Jahresbericht 1979

28. STATISTIK DER KINDERABTEILUNG — Städt. Krhs. SZ-Lebenstedt, Aufnahmebuch 1979/80

29. SIMON, C. — Klinische Pädiatrie, Lehrbuch d. Kinderheilkunde, S. 380 F.K. Schattauer Verlag Stuttg.(1973)

30. STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN — Statistisches Jahrbuch für d. Bundesrepublik Deutschland, S. 66 Verlag Kohlhammer GmbH Stuttg./ Mainz (1978)

31. STICKL, H., WOHLGEMUT, M. — Infektionskrankheiten u. Impfschutz bei Kindern ausländ. Arbeitnehmer, Sozialpädiatrie 10, 385 (1980)

32. STOLLEY, H. ET AL. — Säuglings- u. Kleinkinderernährung in d. BRD, Bestandsaufnahme 1976, in: Schreier, K., Eckert, J., Ernährung und Umwelt, Georg Thieme Verlag Stuttg. (1977)

33. THOMSSEN, R. Virushepatitis im Säuglings- u. Kindesalter, 29. Tagung d. nordwestdeutschen Gesellschaft f. Kinderheilkunde Göttingen, 30. 5. - 1. 6. 1980

34. WILLERS, H., HÖPKEN, W. Unterschiede in d. Epidemiologie d. Hepatitis A, Hepatitis B u. Hepatitis Non A-Non B, aus dem staatl. Medizinaluntersuchungsamt Hannover, Niedersächsisches Ärzteblatt 53, 56 (1980)

H. TABELLEN

N = 107

Patientengut der Kinderabt. Salzgitter-Lebenstedt	%
deutsche Kinder	73,4
türkische Kinder	22,5
sonstige Kinder	4,1

Geschlecht der unters. Kinder	%
männlich	47,7
weiblich	52,3

Alter der Kinder	%
1 - 2 Jahre	17,8
2 - 3 Jahre	15,0
3 - 6 Jahre	28,0
6 - 10 Jahre	25,2
über 10 Jahre	14,0

Geschwisterzahl	%
Einzelkind	6,5
1	19,6
2	15,9
3	27,1
4	15,9
5	8,4
6	3,8
9	0,9
keine Angaben	1,9

Herkunft d. Familien aus Orten d. TR mit einer Einwohnerzahl	%
unter 100.000	69,2
über 100.000	27,1
keine Angaben	3,7

Alter d. Väter	%
unter 20 Jahre	0,9
20 - 30 Jahre	6,5
31 - 40 Jahre	55,2
41 - 50 Jahre	33,6
über 51 Jahre	3,8

Alter d. Mütter	%
unter 20 Jahre	1,9
20 - 30 Jahre	39,2
31 - 40 Jahre	51,4
41 - 50 Jahre	7,5

Schulbesuch d. Väter N = 106	%
keinerlei Schulbildung	3,8
Grundschule abgebrochen	5,7
Grundschule (Pflicht)	82,0
Mittelschule	5,7
mehr als Mittelschule	1,9
keine Angaben	0,9

Schulbesuch d. Mütter N = 106	%
keinerlei Schulbildung	36,8
Grundschule abgebrochen	4,7
Grundschule (Pflicht)	50,0
Mittelschule	2,8
keine Angaben	5,7

Geburtsland der Kinder	%
Deutschland	66,4
Türkei	33,6

Geburtsort der Kinder in der Türkei	%
Hausgeburt	86,1
Klinikgeburt	13,9

Geburtsort der Kinder in Deutschland	%
Hausgeburt	2,8
Klinikgeburt	97,2

Stillfrequenz	%
in der Türkei	91,7
in Deutschland	60,6

Rachitisprophylaxe	%
in der Türkei geb. Kinder	16,7
in Deutschland geb. Kinder	73,2

Vorsorgeuntersuchungen	%
teilgenommen (in der BRD geb. Kinder)	53,0

Polioschluckimpfung	%
Grundimmunisierung	24,3
unvollständig geimpft	43,9
nicht geimpft	20,6
keine Angaben	11,2

Diphtherie/Tetanus-Impfung	%
Grundimmunisierung	11,2
unvollständig geimpft	12,2
nicht geimpft	63,5
keine Angaben	13,1

BCG-Impfung	%
geimpft	20,6
nicht geimpft	61,7
keine Angaben	17,7

Pockenimpfung	%
geimpft	21,5
nicht geimpft	70,1
keine Angaben	8,4

Tuberkulinreaktion N = 98	%
negativ	69,4
positiv	30,6

Körpergewicht d. aufgen. Kinder N = 105	%
unter d. 10. Perzentile	20,0
über d. 90. Perzentile	5,7

Körpergröße d. aufgen. Kinder N = 103	%
unter d. 10. Perzentile	14,6
über d. 90. Perzentile	6,8

zum Arztbesuch führende Beschwerden n. Angaben d. Eltern	%
Fieber	49,5
Husten	31,8
Schnupfen	17,8
Durchfall	19,6
Erbrechen	23,4
Bauchschmerzen	16,8
Appetitlosigkeit	19,6
Gelbsucht	8,4
Einnässen	5,6
Ausschlag	7,5
sonstige Beschwerden	17,0

Dauer der Beschwerden	%
bis 1 Tag	22,4
bis 1 Woche	43,0
bis 1 Monat	10,3
über 1 Monat	5,6
angeb., chron. od. rezidiv. Erkrg.	18,7

Erkrankungen d. türk. Kinder im Zeitraum v. 5.8.79-20.6.80	%
Infekt der Luftwege	28,0
obstruktive Bronchitis	4,7
Infektionskrankheiten	26,2
Gastroenteritis	11,2
Ingestion/Intoxikation	0,9
Allergische Reaktion	-
zerebrale Anfälle	2,8
Gastrointest. Erkrank.	4,7
Herz-u.Kreislauferkrank.	1,9
Blutkrankheiten	0,9
Harnwegs-u.Nierenkrank.	0,9
Störungen d. Stoffwechsels	-
Enuresis	5,6
sonstige Erkrankungen	12,2

Erkrankungen d. deutschen Kinder im Zeitraum v. 5.8.79-20.6.80 N = 491	%
Infekt der Luftwege	27,0
obstruktive Bronchitis	3,9
Infektionskrankheiten	17,9
Gastroenteritis	12,9
Ingestion/Intoxikation	3,5
Allergische Reaktion	2,9
zerebrale Anfälle	5,3
Gastrointest. Erkrank.	5,9
Herz-u.Kreislauferkrank.	2,9
Blutkrankheiten	1,0
Harnwegs-u.Nierenkrank.	5,9
Störungen d. Stoffwechsels	4,6
Enuresis	0,4
sonstige Erkrankungen	5,9

An dieser Stelle möchte ich mich recht herzlich bei Herrn Priv.-Doz. Dr. med. habil. H. Metze für die Überlassung des Themas, seinen zahlreichen Anregungen und seiner jederzeit gewährten Hilfe bedanken.

Für die genaue Beobachtung der türkischen Kinder und die gegebenen Informationen bedanke ich mich bei den Kinderkrankenschwestern des Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt.

Im Gesundheitsamt Salzgitter-Lebenstedt hatte ich die Möglichkeit, in die Unterlagen einzusehen. Hierfür gilt mein Dank Herrn Dr. med. Hafemann und seinen Mitarbeitern.

Ferner danke ich alldenjenigen, die mir Literatur zukommen ließen.

Lebenslauf

Am 29. 9. 1949 bin ich als Sohn des Apothekers Tahsin Çerçi und seiner Ehefrau Nermin geb. Eryürük in Istanbul/Türkei geboren. Nach dem Besuch der fünfjährigen Volksschule in Adana/Türkei ging ich zum Realgymnasium "Özel Kültür Koleji" in Istanbul, an dem ich 1966 mein Abitur machte.

Dezember 1966 reiste ich in die Bundesrepublik Deutschland ein. Im Wintersemester 67/68 nahm ich mein Medizinstudium an der Universität Würzburg auf, im Juli 1975 beendete ich es mit meinem Staatsexamen im Universitätsklinikum Essen.

Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich 4 Monate auf der chirurgischen Abteilung und 8 Monate auf der inneren Abteilung des Vincenzkrankenhauses in Essen-Stoppenberg ab. Als Assistenzarzt arbeitete ich 8 Monate auf der inneren Abteilung des Krankenhauses "Bergmannsheil" in Bochum, anschließend 6 Monate auf der Säuglingsstation im Kinderhospital in Osnabrück.

Von Januar bis April 1978 war ich als Volontär auf der Infektionsabteilung der Universitätskinderklinik in Istanbul tätig.

Seit dem 1. 6. 78 arbeite ich als Assistenzarzt auf der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Salzgitter-Lebenstedt. Ich erstrebe die Facharztanerkennung für Kinderheilkunde.

Fikret Çerçi

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80